

Beperkingen van het onderzoek

Er werd gekozen voor opportunistische screening om de tijdsinvestering en werkdruk voor de deelnemende artsen te beperken. Een alternatieve wijze van uitnodigen leidt waarschijnlijk tot een groter deelnamepercentage.

Er werd niet nagegaan of implementatie van preventie zoals hier toegepast de gezondheid van de patiënt verbetert.

BESLUIT

Implementatie van preventie zoals voorgesteld in dit onderzoek lijkt effectief, zowel voor het oppuntstellen van de individuele patiënt als voor het op orde stellen van het EMD. Hier staat wel een belangrijke tijdsinvestering tegenover.

Literatuur

- 1 Brotons C, Björkelund C, Bulc M, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med* 2005;40:595-601.
- 2 Dubey V, Mathew R, Iglar K, Moineddin R, Glazier R. Improving pre-

- ventive service delivery at adult complete health check-ups: the Preventive health Evidence-based Recommendation Form (PERFORM) cluster randomized controlled trial. *BMC Family Practice* 2006;7:44.
- 3 Baeten R, Govaerts F, Jacobs L, et al. Gezondheidsgids. Handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk (laatste update december 2011). www.domusmedica.be
- 4 Tratsaert E. Implementatie van de Gezondheidsgids van Domus Medica in de praktijk. Masterproef huisartsgeneeskunde. Universiteit Gent; 2012.
- 5 Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquête door middel van interview België 2008 – Rapporten. www.gezondheidsenquête.be
- 6 McBride P, Underbakke G, Plane MB, et al. Improving prevention systems in primary care practices. The Health Education and Research Trial (HEART). *J Fam Pract* 2000;49:115-25.
- 7 Ganguli M, Lytle ME, Reynolds MD, Dodge HH. Random versus volunteer selection for a community-based study. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 1998;53: M39-46. Epub 1998/02/19.
- 8 Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhoj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD009009. DOI: 10.1002/14651858.CD009009.pub2.

IMPLEMENTATIE VAN DE PREVENTIEMODULE IN DE PRAKTIJK

Hoe denkt de patiënt hierover?

C. FEYS, J. FOUVRY, B. SCHOENMAKERS

SAMENVATTING

Uit dit onderzoek blijkt dat de patiënten die naar aanleiding van een GMD+-oproepbrief naar de preventieraadpleging kwamen, vooral niet-rokers en gezonde eters waren en dat ze een hogere kans hadden op coloncarcinoom.

Bijna alle deelnemers aan deze raadpleging kozen voor een jaarlijkse opvolging ervan. Ruim twee derde gaf aan een verandering van levensstijl te overwegen. De drempels voor patiënten om naar een preventieraadpleging te komen bleken hoog, de tijdsinvestering voor de arts was aanzienlijk en het effect van de adviezen was niet steeds duidelijk.

J. Fouvry was huisarts in opleiding ten tijde van het onderzoek en is nu huisarts in Vleteren.

C. Feys was huisarts in opleiding ten tijde van het onderzoek en is nu huisarts in Roeselare.

B. Schoenmakers is huisarts in Leuven en verbonden aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven.

Correspondentie: Birgitte.schoenmakers@med.kuleuven.be

Belangenvermenging: geen

Dit artikel is gebaseerd op de ManaMa-thesis van J. Fouvry en C. Feys.

Feys C, Fouvry J, Schoenmakers B. Implementatie van de preventiemodule in de praktijk. Hoe denkt de patiënt hierover? *Huisarts Nu* 2013;42:247-9.

INLEIDING

Primaire preventie krijgt een steeds belangrijkere plaats in de gezondheidszorg. De sleutelpositie die aan huisartsen wordt toegekend, blijkt in de praktijk moeilijk te vervullen.

Met de Gezondheidsgids heeft Domus Medica een instrument klaar dat de huisarts helpt om samen met de patiënt een op het lijf geschreven preventieplan op te stellen.^{1,2} Dit sluit aan bij initiatieven die ook in andere landen startten en waarbij de huisarts een centrale rol kreeg toebedeeld in de organisatie van primaire preventie.^{3,4}

We vroegen ons af hoe de implementatie van dergelijke preventiemodule (die nu recent ondersteund werd door de goedkeuring van het GMD-plus) verloopt en wat de respons van de patiënt hierop is. We wilden ook graag de mening van de patiënt hieromtrent kennen.

METHODE

Voor een prospectief observationeel implementatieonderzoek werden 385 patiënten tussen 45 en 75 jaar met een GMD en zonder gedocumenteerde morbiditeit in twee groepspraktijken geïncludeerd. Chronische zieken en RVT-patiënten waren uitgesloten. Deze patiënten kregen een vragenlijst toegestuurd op basis van de Gezondheidsgids en uitgenodigd voor een preventieraadpleging. Wie niet koos voor een raadpleging, kon de vragenlijst ingevuld terugsturen. Enkel wie op consultatie kwam, kon deelnemen aan de tevredenheidsenquête.

RESULTATEN

Vragenlijst

Van de aangeschreven patiënten stuurden er 136 (35%) de vragenlijst terug. Twee derde waren vrouwen, 40% bedienden en

63% was tussen 50 en 65 jaar. Van deze groep zag men 45 patiënten ook effectief op de preventieraadpleging.

Wat opviel, was de ruime deelname aan de preventieve borstkankerscreening. Ook was er een groot verschil in opvolging van de preventie baarmoederhalskanker tussen de groep die enkel via brief had geantwoord (30%) en de vrouwen die gebruikmaakten van de preventieconsultatie (87%).

Preventieraadpleging

Drie onafhankelijke variabelen bleken een statistisch significante impact te hebben op de aanwezigheid van de patiënt op de preventieraadpleging: roken, voeding en coloncarcinoom. Wie naar de preventieconsultatie kwam, had een tien keer kleinere kans dat hij/zij rookte, ruim tweemaal zoveel kans dat hij/zij gezond at en een viermaal hogere kans op een familiaal coloncarcinoom. In beide groepen (enkel ingevulde vragenlijst of vragenlijst plus preventieraadpleging) was de tetanuspreventie ondermaats.

Bij 3 van de 45 patiënten op raadpleging vonden we voor het eerst een te hoge bloeddruk. Daarnaast namen vier patiënten reeds een antihypertensivum. Bij 15% (7) vonden we een matig verhoogd cardiovasculair risico. 44% (20) had een BMI >25 waaronder ongeveer evenveel mannen als vrouwen. Eén patiënt had ondergewicht. Bij twee patiënten werd een gestoorde glykemie vastgesteld.

Vóór de consultatie was 33% in orde met de tetanusvaccinatie, na de preventieraadpleging steeg dit tot 71%. Bij 16 van de 34 patiënten die in aanmerking kwamen voor een fecaal occult bloed (iFOB)-test, werd dit ook uitgevoerd.

We adviseerden drie vrouwen een screeningsmammografie te nemen, waarvan één patiënte dit ondertussen ook deed. Hetzelfde zagen we bij het nemen van een uitstrijkje.

Tevredenheidsenquête

Van wie deelnam aan het preventieconsult, vulde 73% (33) ook de tevredenheidsenquête in. Iedereen was het ermee eens dat een preventieraadpleging bijdraagt aan een betere zorg voor hun gezondheid. Allen vonden het een goed idee dat dit ook jaarlijks georganiseerd wordt. 81% (27) zag preventie als een taak van de huisarts en 64% (21) dacht eraan om na deze consultatie hun levensstijl aan te passen.

BESPREKING

Specifieke doelgroep

Uit dit onderzoek blijkt dat de patiënten die naar aanleiding van een GMD+-oproepbrief naar de preventieraadpleging kwamen, vooral niet-rokers en gezonde eters waren en dat ze een hogere kans hadden op coloncarcinoom.

Bijna alle deelnemers aan deze raadpleging kozen voor een jaarlijkse opvolging ervan. Ruim twee derde gaf aan een verandering van levensstijl te overwegen.

Ontbrekende gegevens

Hoewel chronische patiënten werden uitgesloten uit de studie, bleek toch meer dan de helft van de deelnemers chronische medicatie te nemen. We stelden dus vast dat bepaalde belangrijke gegevens ontbraken in het EMD, waarop de selectie was gebeurd. Daarnaast waren er minder rokers dan verwacht (10% versus 21%).

KERNPUNTEN

Preventie aanbieden in het kader van het GMD+ is een haalbare optie, maar vraagt een degelijke voorbereiding.

Alle patiënten moeten goed geïnformeerd worden over preventie en actief worden aangespoord.

Preventie is een blijvend onderdeel en een actiepoint in elke raadpleging.

Ook bleken er minder mensen problematisch alcoholgebruik te rapporteren dan verwacht (slechts 4% tegenover 10% verwacht).¹ Ofwel hadden we in beide gevallen te maken met onderrapportering (gewenst gedrag) ofwel kregen we enkel een antwoord van de healthy volunteers. Aangezien ook 82% van de respondenten aangaf voldoende te bewegen, de deelnemers bovendien minder rookten en gezonder aten, lijkt de laatste optie het meest waarschijnlijk.

Stress en vaccinaties

Stress blijkt voor 35% van de ondervraagden een gezondheidsrisico. In de huidige preventiemodule is er evenwel geen plaats voorzien voor dit onderwerp.

Zoals verwacht, is de tetanusvaccinatie bij twee derde van de patiënten niet (meer) in orde. De patiënt en de arts zijn hier duidelijk niet mee bezig. Nochtans sterven hier jaarlijks nog mensen aan en is tetanus een vermijdbare ziekte waarbij het vaccin quasi 100% effectief is na primaire vaccinatie.⁵ Vóór de consultatie was 33% in orde met de tetanusvaccinatie, na de preventieraadpleging steeg dit tot 71%. Deze trend zien we ook op nationaal niveau. Als we kijken naar de bestellingen van Tedi-vax® door huisartsen in 2011, zien we de eerste drie maanden 16 449 bestellingen en vanaf het invoeren van GMD-plus op 1 april 2011 in drie maanden tijd een stijging tot 26 926.⁶

BESLUIT

Amper 12% van de aangeschreven patiënten verscheen op de preventieraadpleging. Ondanks incentives voor de arts (extra vergoeding) en de patiënt (gratis consult) blijft de integratie van primaire preventie een uitdaging. Investeren in de eigen gezondheid is een investering op lange termijn. Alleen wie die lange termijn voor zich heeft, zal die investering doen. Preventie aanbieden via vrij klassieke instrumenten als de Gezondheidsgids en het GMD-plus dat in eerste plaats de huisarts ondersteunt, komt juist die patiënten ten goede die reeds goed voor zichzelf zorgen. Enkele onderwerpen vragen zeker verder onderzoek: hoe krijgen we een duidelijk beeld van de voedingsgewoonten en de beweging bij patiënten, hoe bevragen we stress en wat doen we met de antwoorden.

De implementatie van preventiestrategieën vraagt dus nog verder onderzoek met de focus op het verlagen van de drempels en het mobiliseren van de patiënten.⁷ Mensen uit de lagere sociale klasse worden moeilijk tot niet bereikt. Tijdsgebrek, focus op de acute zorg, gebrek aan overtuigingskracht, onvoldoende aandacht voor preventieve maatregelen voor de eigen gezondheid en het gebrek aan overtuiging van het nut van preventie bij ouderen, zijn voor de huisarts inhinderende argumenten. Een promotie van deelname aan preventie-initiatieven kan gebeuren met behulp van het internet of andere media.

Literatuur

- 1 Wyffels P, Van Herck J, et al. Gezondheidsgids. Handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk. Berchem: Domus Medica; 2010.
- 2 RIZIV. Globaal Medisch Dossier. 2012. Beschikbaar via: <http://www.riziv.be/care/nl/doctors/collaboration/dmg-gmd/index.htm> (geraadpleegd op 2010 december)
- 3 Dekker JM, Alsema M, Janssen PGH, et al. NHG-Standaard Preventieconsult module cardiometabool risico. *Huisarts Wet* 2011;54: 138-55.
- 4 NHS. NHS Health Check. Helping you prevent heart disease, stroke, diabetes and kidney disease 2011. Beschikbaar via: <http://www.nhs.uk/planners/nhshealthcheck/pages/nhshealthcheckwhat.aspx>
- 5 Dillen J. Preventie van tetanus en difterie bij volwassenen: vaccinatie en profylactische aanpak. *Huisarts Nu* 2001;30:146-57.
- 6 Zin en onzin van preventie: de GMD-preventiemodule. ASGB-Symposium, in samenwerking met Domus Medica. Elewijt:18 juni 2011.
- 7 Wlaler U, Flick U, Neuber A, et al. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. *BMC Fam Pract* 2010;11:68.

HET VERPLEEGKUNDIG PREVENTIECONSULT

Resultaten van een praktijkverbeterend project

M. SMEETS, J. RONSE, A. VAN LINDEN, L. SEUNTJENS, B. AERTGEERTS

ACHTERGROND

In de forfaitaire groepspraktijk De Bres werd als praktijkverbeterend project het preventieconsult, op basis van de Gezondheidsgids van Domus Medica, gedelegeerd aan de praktijkverpleegkundigen.

DOELSTELLING

De preventieve zorg voor de patiënten verbeteren en systematischer aanpakken.

METHODE

Tijdens een voorbereidende fase werd een protocol opgesteld en opleiding gegeven. Er vond een proefinterventie plaats en een voor- en nameting. De statistische analyse gebeurde met SPSS.

RESULTATEN

55 patiënten kwamen op preventieconsult tijdens de 12 weken durende interventie. Persoonlijke aanspreking door de arts bleek de meest effectieve methode om patiënten uit te nodigen voor het verpleegkundig preventieconsult. Het consult duurde gemiddeld 30 minuten. De verwerking in het EMD nam gemiddeld 13 minuten in beslag. Alle vooropgestelde SMART-doelen werden bereikt. De patiënttevredenheid was groot.

BESLUIT

Het verpleegkundig preventieconsult bleek een succesvolle praktijkverbeterende interventie, die gepaard ging met een hoge patiënttevredenheid.

M. Smeets is huisarts in Boechout en was ten tijde van het onderzoek huisarts in opleiding in groepspraktijk De Bres in Deurne;

J. Ronse is verpleegkundige in groepspraktijk De Bres in Deurne;

A. Van Linden en L. Seuntjens zijn huisartsen in groepspraktijk De Bres in Deurne;

B. Aertgeerts is huisarts in groepspraktijk Bleyenbergh in Wilsele en is verbonden aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven.

Correspondentie: mieksmeets@hotmail.com

Belangenvermenging: geen

Dit artikel is gebaseerd op de ManaMa-thesis van M. Smeets.

Smeets M, Ronse J, Van Linden A, Seuntjens L, Aertgeerts B. Het verpleegkundig preventieconsult. Resultaten van een praktijkverbeterend project. *Huisarts Nu* 2013;42:249-53.

INLEIDING

In 2010 introduceerde Domus Medica de Gezondheidsgids, een evidence-based en praktijkgericht instrument dat de huisarts in staat moet stellen om voor elke patiënt een preventieplan op maat te ontwikkelen.¹

In De Bres, een forfaitaire groepspraktijk van Geneeskunde Voor het Volk, wordt veel belang gehecht aan preventie. Het gebeurt echter op opportunistische wijze, niet systematisch. De praktijk ligt in een stedelijke omgeving en mede door het forfaitaire betalingssysteem is er een overwicht aan patiënten met een lage socio-economische status. Gezien de sociale gradiënt van leefstijlfactoren heeft deze patiëntenpopulatie zeker baat bij gezondheidsvoorlichting.²

In de praktijk werken drie praktijkverpleegkundigen die al heel wat taken op zich namen (van opvolging INR en diabetespatiënten tot medisch-technische taken en thuisverpleging).

In verschillende landen wordt preventie (cardiovasculair risicomanagement, rookstopbegeleiding, geven van leefstijladviezen,...) uitbesteed aan verpleegkundigen.³⁻¹¹

Tegen deze achtergrond ontstond het idee om na te gaan of de preventieve zorg voor de patiënt verbeterd kon worden door delegatie van het preventieconsult aan de praktijkverpleegkundigen.

VRAAGSTELLING

In dit onderzoek stelden we de volgende vragen: wat is de meest effectieve manier om patiënten uit te nodigen voor een verpleegkundig preventieconsult? Wat is de gemiddelde duur van een dergelijk consult? Kan delegatie van (delen van) het preventieconsult aan de praktijkverpleegkundige de uitvoering van preventie verbeteren m.b.t. procesindicatoren? En hoe tevreden zijn patiënten met het verpleegkundig preventieconsult?

METHODE

Design van de interventie

Voorbereiding

Als eerste stap vond een exploratieve fase plaats onder de vorm van een literatuurstudie en twee focusgroepen, één met de artsen en één met de verpleegkundigen in de prak-